Приложение №2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ЗАЯВКА****на участие в отборочных соревнованиях Турнира Приволжского федерального округа по баскетболу 3х3 среди обучающихся высших учебных заведений** **в сезоне 2023-2024 гг.****от команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Юноши/девушки** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя, отчество****амилия,** **имя, отчество** | **Дата рождения** | **Разряд** | **Рост** | **Вес** |  **Домашний адрес** | **Допуск врача** | **Подпись врача** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Тренер** | **Дата рождения** | **email** | **Номер телефона** |
|  |  |  |  |

**Всего допущено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что все лица, включенные в заявку,**

 Руководитель команды, ФИО

**всем данным и имеют право участвовать в соревнованиях. Контактный номер для связи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.**

Приложение №3

**ИНФОРМАЦИЯ**о проведении I и II отборочных этапов окружного Турнира по баскетболу 3 х 3
среди команд студентов ВУЗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Регион** | **1 этап – соревнования внутри ВУз** | **2 этап – региональные отборочные соревнования** |
| **Юноши** | **Девушки** | Кол-во учреждений ВУЗ, где проводились соревнования / % от общего количества ВУЗ в регионе | **Юноши** | **Девушки** |
| Кол-во команд | Кол-во чел. | Кол-во команд | Кол-во чел. | Кол-во команд | Кол-во чел. | Кол-во команд | Кол-во чел. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |